

Medicaid Purchase puede ser la respuesta a sus necesidades!

¿Qué es Medicaid Purchase?

El Plan Medicaid Purchase en Louisiana es cobertura de salud **FACIL DE OBTENER**, disponible **SÓLO** para personas tienen incapacidades y que trabajan.

¿Cuáles son los beneficios?

Este plan da cobertura médica completa que incluye:



recetas médicas



atención en hospital

consulta médica



equipo y artículos médicos

transporte médico



Servicios de Ayuda Personal (PAS)

Usted puede obtener PAS si necesita ayuda con sus actividades diarias, como alimentarse y bañarse; o encontrar y mantener un trabajo.

¿Cómo califico?

Para obtener cobertura de salud en Medicaid Purchase, usted **debe**

- ❖ tener una incapacidad severa, incluida en los listados del Seguro Social;
- ❖ trabajar; 
- ❖ tener al menos 16 años pero no tener 65 todavía;
- ❖ tener un ingreso **contable** mensual que sea menor de \$2257;
- ❖ tener bienes **contables** que sean menores de \$25,000;
- ❖ tomar otro seguro de salud, si puede hacerlo sin que tenga que pagar; **y**
- ❖ pagar una mensualidad si su ingreso mensual **contable** es mayor de \$1354.

Tomaremos en cuenta menos de la mitad de su ingreso (por trabajo) y todo, menos \$20 de cualquier otro dinero que reciba.

Los límites de ingreso aumentan cada año en abril.

¿Qué son bienes?

Bienes son cosas como:



- ❖ cuentas de banco;
- ❖ acciones, bonos y otros recursos en efectivo;
- ❖ carros, camiones, botes y otros vehículos;
- ❖ propiedad, incluyendo herencia o propiedad testamentaria, y
- ❖ alguna otra cosa que le pertenece



¡BUENAS NOTICIAS!

Su casa, un vehículo, las pólizas de seguro de vida, sus ahorros médicos, cuentas de retiros, y la parte de su cónyuge de toda propiedad en común, **no se cuentan**.

¿Cuánto me costará?

El pago que hará mensualmente estará basado en su ingreso **contable** – no en su edad o en su condición de salud.

Ingreso Contable

- Menos de \$1354
- \$1354 a \$1805
- \$1806 a \$2257



Pago mensual

- \$0
- \$80
- \$110

¿Cómo lo solicito?

Usted sólo necesita:



- ❖ llenar la solicitud adjunta;
- ❖ obtener la información que necesitamos; y
- ❖ enviar por correo o traer la solicitud y la información, tan pronto como pueda.

¿Qué información debo adjuntar?

Usted necesitará darnos:

- ❖ número de Seguro Social;
- ❖ comprobante de su ingreso total del último mes; 
- ❖ Tarjeta Medicare y de otros seguros de salud y 
- ❖ Tarjeta de residencia o documentos de inmigración, si no es ciudadano de los E.U.

Envíe todas las copias que pueda de los comprobantes solicitados. **No espere** para enviar la solicitud. Después de recibida, podemos darle más tiempo para que envíe los documentos que le solicitamos.

¿Qué pasará después?

En la mayoría de los casos, decidiremos si usted califica y le haremos saber la decisión en los siguientes 45 días después de recibida su solicitud. Si usted no recibe beneficios del Seguro Social, debemos decidir acerca de su incapacidad y puede tomar hasta 90 días.

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda?

Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame a su oficina local Medicaid.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre Medicaid Purchase, llámenos al 1+888+544-7996 o al TTY 1+800+220-5404,

O por Internet: www.LaMPP.org

El programa en Louisiana Benefits Planning Assistance and Outreach (BPAO) puede ayudarle a entender cómo sus beneficios cambian cuando usted trabaja. Llame al 1+888+942-8104 o TDD 1+504+942-5900, o por correo electrónico ssbenplan@lsuhsc.edu.



El programa Protection and Advocacy for Beneficiaries of Social Security (PABSS) puede ayudar con asuntos relacionados al trabajo y otros servicios de apoyo. Llámelos (para hablar o TDD) al 1+800+960-7705.

¿Puede alguien ayudarme a encontrar un trabajo?

Si usted recibe dinero de la Administración de Seguro Social debido a su incapacidad, el programa Ticket to Work le puede ayudar. Llame al 1+866+968-7842 ó TTY 1+866+833-2967. También puede obtener información en www.yourtickettowork.com.



¿Qué pasa si renuncio o pierdo mi trabajo?

Usted puede mantener la cobertura Medicaid Purchase hasta por 6 meses, siempre y cuando planee volver a trabajar.

¿Cuáles son mis derechos?

Si usted cree que nuestra decisión es

- ✓ injusta,
- ✓ incorrecta, o
- ✓ tardada,

puede solicitar una Audiencia.



Para solicitar una audiencia, llame o escriba a la oficina Medicaid y/o escriba a:

DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

El programa Medicaid de Louisiana es un programa de igualdad de oportunidades. Usted no puede ser tratado diferente por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas.

Si piensa que lo hemos hecho, llame a la Oficina Regional de los Derechos Civiles del DHHS de E. U. en Dallas, TX al 1+800+368-1019, llame o escriba a su oficina local Medicaid, y/o escriba directamente a:

Department of Health & Hospitals
P. O. Box 1349
Baton Rouge, LA 70821-1349

This public document was published at a total cost of \$2,069.10. Two thousand (2,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,0069.10. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,069.10. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804-9095 to advise applicants, recipients and other individuals of the Medicaid Purchase Plan under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1). This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

¿Tiene alguna incapacidad?

¿Trabaja Usted?

¿Necesita cobertura De salud?



1+888+544-7996

6. ¿Tiene usted, o tiene en común con su cónyuge, algún bien o recurso como los que se listan a continuación? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información. (Envíe comprobante de posesión y del valor)

Bien/Recurso	Nombre, dirección y teléfono de la compañía Número de cuenta; y/o descripción	Valor	Cantidad que se debe
Cuentas de cheques/ahorros(tipo)		\$	
Certificados de Depósito		\$	
Cuentas de Retiro		\$	
Anualidades/Fideicomiso		\$	
Acciones/bonos		\$	
Vehículos (si tiene más de uno)		\$	\$
Propiedad, además de su casa		\$	\$
Otro (por favor especificar)		\$	\$

7. ¿Alguna vez usted ha solicitado o recibido Seguro Social por Incapacidad o Ingreso suplementario de Seguridad? Sí No Si respondió sí, ¿Cuándo? _____ ¿Le han contestado? Sí No Si ya le contestaron, ¿Cuál fue la decisión? _____

8. ¿Qué incapacidad tiene usted? _____
Díganos sobre los doctores y proveedores médicos que lo atienden:

Nombre del proveedor(es)	Dirección y teléfono del proveedor médico

9. ¿Cómo supo del Medicaid Purchase Plan? _____

Derechos y Responsabilidades

- ❖ Declaro que soy ciudadano de los E. U., o que estoy legal en este país.
- ❖ La información que doy en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que, si sabiendo doy información que no es verdadera o que es incompleta, puedo obtener beneficios para los cuales no soy elegible. Si esto sucede, puedo ser penado legalmente por fraude. También puedo ser obligado a pagar a Medicaid todos los servicios médicos que se me han pagado sin ser elegible.
- ❖ Entiendo que la información que doy sobre mi situación será verificada. Estoy de acuerdo en ayudar a que se haga y a que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y de otras fuentes. Si me rehúso a colaborar en este proceso, o en posteriores revisiones hechas por cambios reportados, o como parte de una revisión de Elegibilidad del Receptor, significa que no puedo recibir Medicaid hasta que colabore.
- ❖ Sé que los números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para comprobar mi elegibilidad.
- ❖ Estoy de acuerdo en informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días si: 1) Me muevo para otro estado; 2) cambio el lugar donde vivo o recibo el correo; 3) hay cambios en la cobertura de otro seguro de salud; 4) hay cambios en la situación de mi trabajo
- ❖ Al aceptar Medicaid, estoy de acuerdo en que todos los pagos médicos que reciba de otras fuentes, serán enviados al Departamento de Salud y Hospitales por servicios que Medicaid me haya cubierto.
- ❖ Puedo solicitar una Audiencia si creo que la decisión tomada en mi caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ❖ Medicaid no puede tratarme diferente por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creo que lo han hecho, puedo llamar a la Oficina Regional para los Derechos Civiles del DHH en Dallas, TX al 1+800+368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

Firma del Solicitante o Representante Autorizado

Fecha

Firma del Representante de la Agencia, si es aplicable

Fecha